

Revista da Associação
Portuguesa de Adictologia
Nº4 • DEZEMBRO 2017

adictologia

Dependência da Internet e associação a sintomas psicopatológicos numa amostra portuguesa

Ana Carolina M. Arruda; Zélia de Macedo Teixeira

Programa Riscos & Desafios: eficácia na prevenção do consumo de álcool em estudantes do Ensino Superior

Carla Rocha; Elisardo Beçoia

Dependência de opiáceos e Qualidade de Vida: Um problema antigo e os determinantes atuais.

Paulo Seabra; José Amendoeira; Pilar Montesó-Curto; Luís Sá

SINAIS Reflexões sobre as convergências e divergências das políticas e práticas legislativas nacionais nos domínios do álcool e das drogas ilícitas face à infeção pelo VIH/SIDA

Margarida Soliz Fernandes; Zélia de Macedo Teixeira

Melhoria da qualidade e da segurança dos programas de manutenção opióide com metadona – a indução, os doseamentos plasmáticos de metadona e o ECG

Carlos Vasconcelos; João Mocho; Sara Carneiro

Funções executivas em indivíduos em programa de substituição em baixo limiar de exigência com consumos por via injetada vs. fumada

Trigo H ; Lopes P; Merendeiro C; Oliveira J; Pereira C

REVISTA ADICTOLOGIA

Publicação científica editada pela
Associação Portuguesa de Adictologia
Associação para o Estudo das Drogas
e das Dependências

DIRETOR

Nuno Silva Miguel

CONSELHO EDITORIAL

Alice Castro
Carlos Vasconcelos
Catarina Durão
Emídio Rodrigues
Emília Leitão
Graça Vilar
Helena Dias
João Curto
Leonor Madureira
Luiz Gamito
Rocha Almeida

PROPRIEDADE

Associação Portuguesa de Adictologia
Associação para o Estudo das Drogas e das Dependências
Correspondência: Rua Luís Duarte Santos, n° 18 – 4° O
3030-403 Coimbra

www.adictologia.com
geral@adictologia.com

DESENHO E PAGINAÇÃO

Henrique Patrício

ISSN – 2183-3168
Publicação Semestral

DEPENDÊNCIA DE OPIÁCEOS E QUALIDADE DE VIDA: UM PROBLEMA ANTIGO E OS DETERMINANTES ATUAIS.

DRUG ADDICTION AND QUALITY OF LIFE: OLD PROBLEM AND ACTUAL DETERMINANTS.

Paulo Seabra

Doutor em Enfermagem, Professor Auxiliar Convidado, Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS) – Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal.

José Amendoeira

Doutor em Sociologia, Professor Associado, Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS) – Instituto Politécnico de Santarém, Santarém, Portugal

Pilar Montesó-Curto

Doutora em Psicologia, Professora, Universidade de Rovira I Virgili, Tarragona, Espanha.

Luís Sá

Doutor em Saúde Mental, Professor Auxiliar, Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS) – Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal.

Autor para correspondência:

Paulo Seabra
Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde
Palma de Cima
1649-023 Lisboa
Portugal
E-mail: pauloseabra@ics.lisboa.ucp.pt

RESUMO

Objetivo: Identificar fatores que contribuem para melhor percepção de Qualidade de Vida, em dependentes de opiáceos, num programa com metadona, na região de Lisboa.

Método: Estudo observacional, correlacional, transversal, realizado com 180 dependentes de opiáceos. Dados coletados com a “Escala de Avaliação da Qualidade de Vida nos Consumidores de Substâncias em Programa de Substituição com Metadona”, em 2013.

Resultados: Determinam melhor qualidade de vida: menos reentradas ($r=-,159;p<,05$), melhor saúde mental ($r=,382;p<,001$), ter uma relação de natureza conjugal ($t=2,187;p=,03$), ter emprego ($F=6,038;p=,001$), ter ordenado ($F=11,835;p<,001$), ausência de comorbilidades ($t=2,452;p>,05$). Determinam menor qualidade de vida: consumo de benzodiazepinas ($t=2,388;p<,05$), consumos intravenosos ($t=2,373;p<,05$), duplo diagnóstico psiquiátrico ($t=3,493;p=,001$).

Conclusões: Estar num programa de metadona melhora a qualidade de vida se associarmos os determinantes: Estar empregado, viver do ordenado, manter uma relação de natureza conjugal, ausência de comorbilidades físicas ou psíquicas, não consumir benzodiazepinas e abandono de consumos intravenosos. Estes determinantes são influenciados pela presença num programa de metadona.

Palavras-chave: Qualidade de vida; Saúde mental; Determinantes em saúde; Dependência de drogas; Metadona.

ABSTRACT

Objective: Identify factors that contribute to better quality of life perception, on opiates dependents, in a methadone program, in Lisbon area.

Method: Observational, correlational, cross-sectional study, conducted with 180 opiate addicts. Data was collected with “Drug addict’s quality of life in a methadone program Scale”, in 2013.

Results: It is determinant for better quality of life: less re-entries ($r=-,159;p<,05$), better mental health ($r=,382;p<,001$), having a marital relationship ($t=2,187;p=,03$), having a job ($F=6,038;p=,001$), having a salary ($F=11,835;p<,001$), no co-morbidities ($t=2,452;p>,05$). It is determinant for less quality of life: benzodiazepines use ($t=2,388;p<,05$), intravenous injection ($t=2,373;p<,05$), dual psychiatric diagnosis ($t=3,493;p=,001$).

Conclusions: Being in a methadone program improves quality of life if some determinants are associated: Being employed, living with salary, maintain a marital relationship, absence of physical or mental comorbidities, no benzodiazepine consumption and stop of intravenous consumption. These determinants are influenced by the presence in a methadone program.

Key words: Quality of life; Mental health; Health determinants; Drug addiction; Methadone.

INTRODUÇÃO

Na população dependente de substâncias psicoativas, têm sido descritas, dificuldades na vivência social e familiar, sofrimento emocional e outros indicadores que se podem relacionar com uma menor percepção de qualidade de vida. As comorbidades físicas e psíquicas são responsáveis pelo aumento das incapacidades associadas ao consumo de substâncias, conferindo uma importância acrescida às consequências da dependência de substâncias como foco dos cuidados dos técnicos de saúde¹.

Uma das respostas terapêuticas utilizadas para a dependência de opiáceos, têm sido os programas terapêuticos de manutenção medicamentosa com cloridrato de metadona (agonista opiáceo). Existem diferentes programas de manutenção com metadona, aos quais os utentes são propostos em função das características pessoais, dos objetivos e das estratégias de intervenção. São chamados programas de tratamento (para a promoção de mudanças internas e externas significativas para o indivíduo e, com abstinência de uso ilícito de psicotrópicos) ou programas de redução de riscos e minimização de danos (com o objetivo terapêutico imediato de aproximação do utente às estruturas de saúde, sem exigências imediatas de abstinência de uso ilícito de psicotrópicos e regularidade imediata na adesão medicamentosa). Estes últimos têm-se constituído uma prática de redução de riscos, de rastreio e tratamento de outras doenças e de maior inserção social^{2,3}.

Um dos indicadores que tem sido utilizado para monitorização da evolução dos utentes nestes programas, tem sido a qualidade de vida enquanto resultado em saúde, na perspetiva conceptual da forma como as pessoas percebem e vivem aspetos do seu dia-a-dia, o seu estado de saúde e a sua condição socioeconómica^{4,5}. Sobre estes mesmos programas, tem sido realizada uma prática de monitorização de resultados mas, poucos estudos se encontram acerca da avaliação da efetividade desses mesmos programas⁶.

Definir qualidade de vida não é tarefa simples. O conceito é ambíguo, lato, volúvel e difere de cultura para cultura, de época para época, de pessoa

para pessoa e até num mesmo indivíduo se modifica com o decorrer do tempo⁷. Varia com o humor e o estado de espírito do indivíduo. É subjetivo e multidimensional. É subjetivo na sua essência pois relaciona-se com a percepção da pessoa sobre o seu estado de saúde e sobre aspetos da sua vida não relacionados com as doenças. É a consideração individual sobre a vida. Em relação à sua dimensionalidade, é um conceito com vários domínios: físico, mental, social, espiritual. Associam-se dimensões objetivas como a cognitiva, mobilidade e autocuidado, e subjetivas como bem-estar emocional. Não existe ainda consenso sobre o constructo qualidade de vida, apesar de nos contextos mais relacionados com a saúde, haver concordância sobre a percepção do paciente sobre a doença, o tratamento e seus efeitos, podendo abranger significados variados, os quais refletem conhecimentos, experiências, valores individuais e coletivos⁷. Podemos ainda, definir qualidade de vida, como a percepção única e pessoal de vida, marcada por muitos fatores interrelacionados, como a situação socioeconómica, o clima político, os fatores ambientais, a habitação, a educação, o emprego, entre outros. Os cuidados de saúde não podem alterar os fatores que contribuem para a qualidade de vida, mas estes, inevitavelmente afetam a saúde e o estado de saúde³. Assim, percebe-se a necessidade de se avaliar a qualidade de vida percebida pela pessoa (satisfação e insatisfação com domínios subjetivos). Passou a valorizar-se mais a opinião dos próprios³. Este conceito tem sido estudado por diferentes áreas do conhecimento humano² e têm sido desenvolvidas escalas de avaliação de qualidade de vida, com o objetivo de mensurar um resultado em saúde muito difícil de restringir. A prática dos investigadores tem levado a uma agregação de indivíduos que apresentem o mesmo diagnóstico médico, como estratégia para a comparabilidade, para desenvolver recursos e avaliar programas. Têm-se juntado novos indicadores relacionados com a saúde, aos indicadores mais tradicionais^{4,8}.

A qualidade de vida tornou-se uma variável útil para determinar o impacto global das doenças e dos cuidados a elas inerentes, a partir da perspetiva do

indivíduo. É útil para a investigação e para a prática clínica. Pode ajudar a demonstrar o impacto das doenças através de indicadores objetivos ajudar no planeamento de condutas terapêuticas e monitorizar a efetividade de intervenções dos técnicos ao longo dos programas^{2,8}.

Quando temos particular atenção à qualidade de vida da população dependente de substâncias, importa não só ter em conta as medidas objetivas (ex. manutenção da abstinência, adesão terapêutica, redução da criminalidade, aumento da atividade laboral), mas incluir as opiniões relatadas pelos indivíduos e ter em consideração as suas particularidades e sentimentos idiossincráticos. Por outro lado, nem sempre a redução dos consumos corresponde a mais qualidade de vida. As melhorias podem ser significativas apenas depois de algum tempo e, para muitos, os consumos não interferem na sua qualidade de vida. Com esta população devemos incluir variáveis da vida familiar e da vida conjugal para aprofundarmos a sua perceção de qualidade de vida.

Há evidência na literatura que os dependentes de opiáceos integrados nos centros de tratamento em ambulatório e em programas medicamentosos, melhoram a sua qualidade de vida^{2-4,8,9}. Mas em quê e porquê a metadona e outros agonistas, ajudam as pessoas? Que outros fatores se relacionam? Por que razão quase todos os utentes dependentes de opiáceos quando em programa de metadona melhoram a sua qualidade de vida?

Ao longo deste estudo, o dependente é entendido como uma pessoa que está numa situação de dependência relativamente à heroína e/ou outras substâncias e, que estas, vão desencadear determinadas consequências (físicas, psicológicas, sociais, espirituais), que interferem com a sua qualidade de vida. Pode igualmente ser visto como alguém com dificuldade em gerir a sua doença⁵.

Num estudo³ realizado com uma população que recorre a um centro de abrigo e está integrada num programa de metadona, considerado de redução de riscos e minimização de danos, verificou-se que todos os participantes referem que a sua qualidade de vida aumentou por causa destas duas condições.

Centram essa referência em necessidades físicas (abrigo, sono, higiene, alimentação) e construção de projeto de vida (individualidade, regras, interação social, responsabilidade, emprego, ausência de drogas, saúde).

Assim, este estudo tem como objetivo: Identificar fatores que contribuem para melhor perceção de Qualidade de Vida, em dependentes de opiáceos, num programa com metadona, na região de Lisboa.

MATERIAIS E MÉTODOS

Para dar resposta aos objetivos deste trabalho, desenvolvemos um estudo quantitativo, descritivo, correlacional, com uma abordagem transversal. A amostra foi constituída por 180 dependentes de opiáceos integrados em programas de manutenção com metadona em três unidades de acompanhamento ambulatório. Utilizou-se uma amostragem probabilística aleatória sistemática, realizada durante o atendimento por parte de uma equipa de enfermagem nos programas medicamentosos. A abordagem era feita ao primeiro utente que surgia no atendimento, em presença do investigador e, após esse pedido de participação com o esclarecimento dos objetivos do estudo, só se abordava novamente um utente após dois atendimentos regulares pela equipa do serviço. Deste modo garantia-se a aleatoriedade. Os critérios de inclusão foram: Maioridade; Integrados em programa de manutenção opiácea com metadona há pelo menos 1 mês. Como critérios de exclusão considerávamos: Menoridade; Menos de 1 mês em programa de metadona; Alteração do estado de consciência. A coleta de dados decorreu em 2013, na região de Lisboa e Vale do Tejo.

O instrumento de colheita de dados foi composto por um questionário que permitiu a obtenção de dados sociodemográficos, dados clínicos e comportamentais relacionados com o consumo de drogas e, selecionamos, um instrumento para mensurar a qualidade de vida, validado para a população portuguesa. A opção tomada, não recaiu em instrumentos mais generalistas face ao conceito de qualidade de vida e eventualmente mais utilizados na investigação.

Optamos por um instrumento criado especificamente para a população dependente de opiáceos, que permitia a comparação de resultados em contextos semelhantes ao nosso estudo. Este instrumento necessita de mais utilização para elevar o seu nível de evidência. Utilizamos a “Escala de avaliação da qualidade de vida nos consumidores de substâncias em programa de substituição com metadona”(4). É um instrumento que perspetiva a saúde envolvendo as dimensões afetivas e cognitivas. Relaciona-se com os aportes positivos da promoção da saúde e da prevenção da doença, englobando a saúde física, mental, social e a satisfação das necessidades humanas(4). A escala, neste estudo, foi sujeita a reavaliação da sua fidelidade, validade e sensibilidade. Realizou-se a adaptação da escala, para 20 itens (retiramos um item da escala original) apurando-se uma boa consistência interna (Alpha de Cronbach) $\alpha=0,895$. Através da análise fatorial exploratória e confirmatória a escala revelou-se em 3 subescalas: Subescala “Satisfação pessoal e autocuidado” (8 itens); subescala “Situação sociofamiliar” (8 itens) e subescala “Situação socio-profissional e económica” (4 itens). Todas as subescalas revelaram consistência interna acima de $\alpha=,717$ e correlação significativa ($p<,05$). Para apurarmos a sensibilidade da escala, consideramos a aproximação ao constructo de bem-estar avaliado pelo Mental Health Inventory 5 (MHI5)(10). Para a adaptação da escala e subescalas foram seguidas as recomendações dos autores, nomeadamente o constructo teórico e o ponto de corte. O intervalo de resposta na escala da qualidade de vida pode assumir valores entre 20 e 80, sendo que a valores mais elevados associa-se melhor percepção da qualidade de vida.

Os dados foram submetidos a tratamento estatístico como programa “Statistical Package for the Social Sciences” versão 19. Determinamos a utilização de estatística paramétrica pois os dados assumiram uma distribuição próxima à normalidade. Por se tratar de um estudo correlacional, calculamos as correlações pelo coeficiente de correlação de Pearson, a diferença entre amostras pelo teste ANOVA pós-hoc ou pelo teste t de student. O nível de significância utilizado neste estudo foi de 0,05 (5%).

Este estudo teve um parecer positivo da Comissão

de Ética, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa no dia 23 de Maio de 2012 e é um recorte de uma investigação de doutoramento em Enfermagem. O consentimento livre e esclarecido foi garantido, assim como a confidencialidade dos dados.

RESULTADOS

A amostra em estudo foi constituída por 180 participantes, essencialmente de género masculino ($n=132$; 73,3%). A média de idade fixou-se em 41,06 [24-69]; $dp=7,58$. Quanto à escolaridade 3 (1.7%) participantes tinham $\leq 4^{\circ}$ ano; 25 (13,95%) completaram o 4^o ano; 63 (35%) completaram 6^o ano; 58 (32,2%) completaram o 9^o ano; 26 (14.4%) completaram o 12^o ano e 5 (2.8%) completaram o ensino superior.

Quanto ao estado civil: 100 (55.6%) solteiros; 54 (30%) casados ou união de fato; 22 (12.2%) divorciados e 4 (2.2%) viúvos. Quanto à existência de filhos: 95 (52.8%) tinham filhos e 85 (47.2%) não.

Quanto a situação laboral: 55 (30.6%) estavam empregados; 87 (48.3%) desempregados; 17 (9.4%) estavam com trabalho esporádico; 17 (9.4%) reformados e 4 (2.2%) em formação subsidiada.

No que se refere aos consumos de substâncias (a pergunta permitia respostas múltiplas), verificamos que 25 (13,9%) referiu consumos de heroína, 46 (25,6%) consumos de estimulantes; 52 (28.9%) cannabis; 55 (30.6%) álcool; 33 (18.3%) benzodiazepinas. Verificamos que 52 utentes (28.9% do total da amostra) não tinham consumos de qualquer substância. Quanto as comorbilidades, 45 (25%) tinham o vírus da imunodeficiência humana (VIH) positivo, 106 (58.9%) tinham vírus da hepatite C (VHC) positivo; 43 (23.9%) tinham duplo diagnóstico psiquiátrico; 80 (44.4%) doenças físicas (exceto infeções víricas) e 27 (15%) não tinham comorbilidades:

A idade média para o início de consumos foi 18,2 anos ($dp=5,5$) e apresentam uma média de 16,7 anos ($dp=7,6$) de consumo de substâncias.

Estes utentes apresentaram um tempo médio de programa de 52,8 meses ($dp=43,3$) ou seja, ligeiramente mais que 4 anos e estavam a fazer a dose

de média de 74,1 mg de cloridrato de metadona solução oral (dp=41,1).

Quanto ao valor da qualidade de vida percebida pelos 180 participantes verificamos o valor médio de 63,03 [23-80] (dp=11,38) o que em termos percentuais (\bar{X} =78,79%) evidencia a prevalência de valores positivos na amostra. Refira-se que 95% dos participantes assinalaram uma percepção positiva da sua qualidade de vida (ponto de corte 40), o que deve ser contextualizado no estudo, pois esta escala monitoriza a alteração em múltiplos indicadores após a admissão num programa medicamentoso, com uma abordagem técnica multiprofissional.

Para uma melhor compreensão dos resultados, face ao instrumento utilizado para avaliar a percepção da qualidade de vida, fizemos a análise da relação entre algumas variáveis sociodemográficas dos utentes, história toxicológica dos utentes, comorbilidades dos utentes e acompanhamento por parte dos técnicos, com a qualidade de vida (Quadro 1). Procuramos apurar quais as variáveis que significativamente estavam associadas a melhor percepção da qualidade de vida ($p < ,05$).

A matriz de correlação encontrada (Quadro 1) permitiu observar que é significativamente menor a percepção da qualidade de vida quanto maior é o número de vezes que o utente é admitido, abandona (ou é excluído) e reentra num programa ($r = -,159; p = ,033$) e maior o número de comorbilidades ($r = -,208; p = ,001$). Verificamos que quanto melhor a percepção da qualidade de vida, melhor a saúde mental ($r = ,382; p < ,001$) mensurada neste estudo com o Mental Health Inventory 5 (MHI5) (7), com o valor médio de 18,48 (dp=5,66), o que equivale a uma percentagem de 53,9% entre os participantes. Os coeficientes de correlação encontrados são reduzidos, embora significativos, mas salienta-se que os dados apontam para uma maior relação entre a percepção da qualidade de vida e a percepção de saúde mental.

Através do teste de comparação entre amostras, verificamos as variáveis que significativamente se associam a melhor qualidade de vida: Ter uma relação de natureza conjugal ($t = -2,187; p = ,030$); Estar empregado, comparativamente a qualquer tipo de outra ocupação ($F = 6,038; p = ,001$); ter como fonte de

rendimento o ordenado, face a qualquer outro tipo de rendimento ($F = 11,835; p < ,001$). É significativo ainda, que percebem melhor qualidade de vida os participantes que não têm comorbilidades, face aos que referem pelo menos uma comorbilidade ($t = -2,452; p = ,018$).

As variáveis que significativamente foram associadas a uma menor percepção da qualidade de vida foram: O consumo de benzodiazepinas, face aos que não consomem ($t = 2,388; p = ,018$), a manutenção de consumos intra venosos ($t = -2,373; p = ,019$) e ter associado um duplo diagnóstico psiquiátrico ($t = 3,493; p = ,001$).

Quadro 1 – Fatores significativamente relacionados com a Qualidade de vida

Variáveis que contribuem para melhor qualidade de vida	Variáveis que contribuem para menor qualidade de vida
Menor nº de reentradas ($r = -,159; p < ,05$)	Consumo de benzodiazepinas ($t = 2,388; p < ,05$)
Melhor saúde mental ($r = ,382; p < ,001$)	Consumos intravenosos ($t = 2,373; p < ,05$)
Relação de natureza conjugal ($t = 2,187; p = ,03$)	Duplo diagnóstico ($t = 3,493; p = ,001$)
Emprego ($F = 6,038; p = ,001$)	
Ordenado ($F = 11,835; p < ,001$)	
Ausência de comorbilidades ($t = 2,452; p > ,05$)	

Apuramos ainda que não havia diferenças significativas em termos de valor atribuído à percepção da qualidade de vida consoante o tempo de programa (em cada ano completo) ($F = ,751; p > ,05$).

DISCUSSÃO

A complexidade dos conceitos “Qualidade de vida” e “Dependência de Drogas” requer uma visão alargada dos fenómenos e uma análise detalhada e rigorosa dos fatores que podem sustentar as considerações sobre a sua relação. O conceito de qualidade de vida é subjetivo, a sua percepção é influenciada por múltiplos fatores como o ambiente onde o utente se insere, as características dos cuidados que recebe nestes programas e é influenciado pela própria expectativa do utente face ao programa e os seus objetivos de vida. Importa clarificar que a investigação em contexto de cuidados de saúde em ambulatório, deve abarcar a multidimensionalidade das variáveis, a subjetividade dos constructos e utilizar instrumentos que permitam mensurar de forma fidedigna esses mesmos constructos.

Identificamos as variáveis que significativamente contribuem para melhor percepção da qualidade de vida: estabilidade no programa (no nosso estudo a instabilidade materializada por maior número de entradas e saídas foi o fator mais associado a menores resultados); Melhor saúde mental; Estar empregado; Viver do ordenado; Ter uma relação de natureza conjugal; Ausência de comorbilidades físicas ou psíquicas; Ausência de consumos de benzodiazepinas; Abandono de consumos intra venosos. Verificamos que as comorbilidades são determinantes para minimização da percepção da qualidade de vida⁽¹¹⁾.

Quanto aos dados que emergem das variáveis sobre consumos, verificamos que os 28,8% dos participantes que não consumiam apresentavam melhor percepção de qualidade de vida e melhores resultados clínicos. Não estar a consumir tem estado relacionado com melhor saúde mental, melhor exercício da parentalidade e mais adesão terapêutica, melhor qualidade de vida⁽⁹⁾, mais auto cuidado⁽¹²⁾ e menos consequências da dependência⁽¹⁾.

Os dados reforçam outros estudos em outros contextos (com os doentes em programas de metadona ou sem estar em qualquer tipo de assistência medicamentosa) onde se verificou que a manutenção de consumos se assumia como um fator para diminuir a qualidade de vida e a saúde mental⁽¹³⁾ embora o

impacto e as consequências do consumo de substâncias varia conforme a tipologia desta.

Alguns estudos assinalam que a qualidade de vida e a saúde mental melhoram significativamente nos primeiros meses do programa mas, depois, não se verificam alterações significativas⁽¹⁴⁾. Estes dados são corroborados pelo nosso estudo. Melhor percepção de qualidade de vida é assinalada logo no primeiro ano de programa e depois inalterada ao longo dos anos de programa. A estabilidade familiar e a inserção profissional assumiram-se como fatores determinante para o sucesso terapêutico pois relacionaram-se com melhor percepção da qualidade de vida e a saúde mental. O sucesso terapêutico está relacionado tal como noutros estudos, com uma maior estabilidade e satisfação nas relações familiares⁽¹⁵⁻¹⁷⁾ e com melhores dinâmicas comunicacionais nos casais. O emprego surge associado com um fator protetor para melhor saúde mental e melhor percepção de qualidade de vida, mesmo quando os dependentes mantêm alguns consumos. Destaca-se ainda, a relação entre a existência de uma perturbação mental e menores resultados de qualidade de vida e saúde mental. Estes têm maior impacto que a doença física. Estes fatores encontrados na população dependentes de opiáceos, não estão distantes do que se encontra nas abordagens de base comunitária com diferentes populações não dependentes de substâncias, sobre os determinantes importantes para a qualidade de vida, nomeadamente, o acesso aos serviços de saúde, a inclusão social, emprego, a noção de saúde (que contribui para uma melhor saúde mental e melhor qualidade de vida), a pobreza, a habitação, o ambiente familiar e os acontecimentos de vida^(18,19). Estes estados subjetivos de bem-estar, como a qualidade de vida e a saúde mental, relacionados com os comportamentos e suas consequências pessoais, familiares, sociais e até espirituais, têm sido relacionados positivamente^(2,5,15).

Neste estudo, os participantes da nossa amostra, apresentaram um valor superior (+4%) em termos da percepção da qualidade de vida, do que a manifestada pelos participantes realizado na região

sul do país, no qual se utilizou a mesma escala⁽⁴⁾, justificável provavelmente por melhores indicadores relacionados com o emprego e apoio familiar. Os nossos participantes, no que se refere ao valor da percepção da qualidade de vida, assinalaram, tal como noutros estudos⁽⁸⁾ valor inferior que a população em geral.

Têm sido apontados ainda, como determinantes para menor percepção da qualidade de vida e menor saúde mental, outros indicadores: as questões de género (feminino), associadas as questões da parentalidade, da maternidade e a existência de uma relação de natureza conjugal, as habilitações, o tipo de profissões, a situação laboral e o rendimento^(2,4,20), o que reforça alguns dos resultados do nosso estudo. Estes dados, surgem na linha de outros onde estes fatores, relacionados com a idade dos participantes, são percecionados como fundamentais para a qualidade de vida^(8,14). Este estudo tem como limitações metodológicas o fato de ser um estudo transversal, que sendo uma avaliação num dado momento não permite o aprofundamento temporal do impacto das variáveis e numa pessoa específica. É igualmente uma limitação, o fato de se encontrar poucos estudos na literatura com a utilização da escala para avaliar a percepção da qualidade de vida, o que limita a comparação dos dados. Este estudo constitui um contributo para essa difusão e comparabilidade de dados.

Sobre os determinantes apurados, destacamos a sua relevância, apesar dos coeficientes de correlação reduzidos que limitam o destaque com um grau de evidência mais acentuado, mas desperta para novas investigações eventualmente longitudinais. No entanto, estudos têm destacado os ganhos em saúde para os utentes, quer em programas de tratamento, quer em programas de redução de riscos. No entanto, outras dimensões são igualmente valorizadas pelos utentes, como a vertente do respeito pelos seus direitos e sua participação nas decisões terapêuticas, embora na essência a ação destes programas visam sempre a ação sobre o individuo no sentido da adaptabilidade social e a abstinência⁽⁶⁾.

CONCLUSÃO

Este estudo aprofundou a problemática da percepção da qualidade de vida das pessoas dependentes de opiáceos, alguns eventualmente consumidores de outras substâncias, que estão a ser acompanhados em ambulatório em programas medicamentosos com metadona, por equipas de saúde especializadas. Dos dados que emergiram desta análise, destaca-se claramente, a percentagem de utentes que apresentaram bons níveis de percepção da sua qualidade de vida após a entrada nestes programas. Estar empregado, viver do ordenado e a manutenção de uma relação de natureza conjugal são os fatores de estabilidade social que são influenciados pela permanência num programa de metadona e se associam a melhor percepção de qualidade de vida. A minimização de problemas proporcionada pela ausência de comorbilidades físicas ou psíquicas, a ausência de consumos de benzodiazepinas e o abandono de consumos intravenosos, são os fatores complementares para a percepção de uma boa qualidade de vida, naturalmente influenciados pela presença num programa de metadona. As consequências da dependência de substâncias condicionam a qualidade de vida. Surpreende neste estudo, que os fatores determinantes para a percepção de melhor qualidade de vida, não diferem dos que se encontram na população em geral não consumidora de substâncias psicoativas ilegais. Os dados apontam ainda que mais tempo nestes programas está a associado a melhor qualidade de vida, menos comorbilidades, o que de alguma forma confirma a importâncias destes programas na qualidade de vida dos utentes e na satisfação das suas necessidades.

Os resultados desta pesquisa emergem de uma população consumidora de opiáceos e, embora muitos sejam policonsumidores, não podem ser extrapolados para outras populações consumidoras de outras substâncias pois, o impacto e as consequências do consumo varia conforme a tipologia da substância. Dos resultados desta investigação emergiu um conjunto de recomendações que as equipas de saúde devem considerar para melhorar a qualidade de vida dos dependentes e satisfazer as suas necessidades:

Promover a saúde mental e detecção precoce de sinais de sofrimento; Estabelecer rede de parcerias sociais; Suporte familiar; Controle e estabilização de comorbilidades; Estratégias de intervenção face ao policonsumo; Educação para o consumo de menor risco; Estratégias que minimizem todas as hipóteses dos utentes saírem dos programas sem estabilidade. O conceito de qualidade de vida é complexo e os seus determinantes são complexos. Os técnicos de saúde são apenas um dos interventores necessários. Por outro lado, a investigação em saúde mental deve ser multidisciplinar pois exige uma vasta compreensão dos diferentes determinantes sociais, psicológicos e físicos que regulam a vida cognitiva, afetiva e comportamental de cada indivíduo e o seu espaço numa comunidade. Emerge ainda com recomendação para o ensino de técnicos de saúde, serviço social e educação, o aprofundamento deste fenómeno complexo que é a qualidade de vida e a multiplicidade de fatores determinantes. Este estudo tem como limitação a sua visão racional e quantitativa pois a experiência vivida de cada sujeito não é avaliada na sua total complexidade pois analisamos principalmente as relações estatisticamente significativas.

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

1. Seabra P, Sá L, Amendoeira J (2013), Consequences of substance addiction: a contribution to the validation of NOC outcomes: *Reme Rev Min Enferm.* 17(3):673–9. <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1415-2762.20130049>
2. Hartz SM, Pato CN, Medeiros H, Cavazos-Rehg P, Sobell JL, Knowles JA, et al. (2014), Comorbidity of severe psychotic disorders with measures of substance use: *JAMA psychiatry.* 71(3):248–54. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24382686>
3. Carvalho M, Ferreira T, Borges E, (2011), O enfermeiro na redução de riscos e minimização de danos. In: Congresso Saúde e Qualidade de Vida. Porto. ESEL: 234–9.
4. Murcho N, Pereira P (2011), A qualidade de vida dos doentes toxicodependentes em programas de substituição com metadona no Algarve: Um estudo comparativo da sua situação em 2003 e 2008. *Rev Investig em Enferm.* (23):57–64.
5. Xiao L, Wu Z, Luo W, Wei X (2010), Quality of life of outpatients in methadone maintenance treatment clinics. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 53(Sup 1):116–20.
6. Pinto M, Vilares J, Teles S, Carvalho H, Pires C, Lemos L (2016), A avaliação dos programas de substituição opiácea em Portugal. Apontamentos para (um)a reflexão. *Rev Adictologia.* 1(1):48–57.
7. Garcia S, Jacowskib M, Gisele C, Galdino C, Guimarães P, Kalinkef L (2015), Os domínios afetados na qualidade de vida de mulheres com neoplasia mamária. *Rev Gauch Enfermagem.* 36(2):89–96.
8. Diniz A, Monteiro S (2015), Tratamentos de manutenção opiácea em indivíduos com 50 ou mais anos. *Rev Adictologia.* 1(1):17–26.
9. Torrens, M (2008), Quality of life as a means of assessing outcome in opioid dependence treatment. *Heroin Addict Relat Clin Probl.* 12(1):33–6.

10. Ribeiro JLP. (2011), Inventário de Saúde Mental (1ªed). Lisboa: Placebo
11. Morais, P. (2010), Avaliação da qualidade de vida e esperança em toxicodependentes infectados e não infectados com VIH. Porto, Portugal. Universidade Fernando Pessoa.
12. Oliveira S, Monteiro L, Freixo T, Venâncio A (2010), Interações medicamentosas entre a metadona e os anti-retrovirais. *Toxicodependências*. 16(3):59–66.
13. Go F, Dykeman M, Santos J, Muxlow J (2014), Supporting clients on methadone maintenance treatment: a systematic review of nurse's role. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 18(1):17–27. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21214680>
14. Seabra P, Sá L (2012), Um olhar para a percepção dos enfermeiros sobre as necessidades em saúde dos consumidores de drogas. *Nursing*. 286:16–21.
15. Roe B, Beynon C (2010), Experiences of drug use and ageing: health, quality of life, relationship and service implications. *J Adv Nurs*. 66(9):1968–79.
16. Cruz O, Machado C (2013), Intervenção no fenómeno das drogas: Algumas reflexões e contributos para a definição de boas práticas. *Psicologia*. XXVII(1):13–31.
17. Cassol P, Terra M, Mostardeiro S, Gonçalves M, Pinheiro U (2012), Tratamento em um grupo operativo em saúde: percepção dos usuários de álcool e outras drogas. *Rev Gauch Enferm*. 33(1):132–8.
18. Czarnobay J, Ferreira L, Capistrano F, Borba L, Kalinke L, Maftum M (2015), Intrapersonal and interpersonal determinants perceived by the family. *Rev Min Enferm*. 19(2):100–6.
19. Gomes J, Loureiro M (2013), O lugar da investigação participada de base comunitária na promoção da saúde mental. *Rev Port Saúde Pública*. (Jan-Jun):32–48.
20. Marsden J, Eastwood B, Ali R, Burkinshaw P, Chohan G, Copello A, et al. (2014), Development of the Addiction Dimensions for Assessment and Personalised Treatment (ADAPT). *Drug Alcohol Depend*. 139:121–31. <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0376871614007947>